

## ДАЛЬНЕВОСТОЧНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 1941—1945 гг.



**Галина Анатольевна ТКАЧЕВА,**  
кандидат исторических наук

Великая Отечественная война легла тяжким бременем на все население страны. К сожалению, в тех условиях не было возможности иметь единую систему учета и отчетности различных ведомств по соблюдению санитарных норм, улучшению условий труда и снижению заболеваемости, и она относительно по достоверности. Статистические данные по заболеваниям носили разрозненный характер, к тому же они постоянно корректировались по временным рамкам в различных источниках. Итоговые показатели всецело зависели от компетентности медицинских работников, которые, часто не обладая необходимыми знаниями специфики производства, диагностировали и группировали заболеваемость. Работники социального страхования фиксировали лишь длительное пребывание на больничном листе (более трех дней), а между тем случаев заболеваний менее трех дней было, конечно, больше.

Таким образом, выявленные показатели позволяют лишь в самых общих чертах определить тенденции изменения уровня предоставления медицинских услуг и влияние экстремальных условий на жизнь, здоровье дальневосточников.

Показатели инфекционных заболеваний являются одним из наиболее объективных критериев оценки работы органов здравоохранения и в первую очередь санитарно-эпидемиологической службы. Все мероприятия по предотвращению их распространения в стране проводились под руководством Государственного Комитета Оборона. На основании его постановления от 2 февраля 1942 г. при исполкомах всех уровней создавались чрезвычайные эпидемиологические комиссии, организовывался оперативный учет заболеваний (обобщенные сведения поступали в Наркомат здравоохранения ежедневно), что позволяло быстро реагировать на ситуацию и принимать энергичные меры.

В борьбе с инфекционными болезнями медики опирались на сеть противоэпидемических учреждений СССР, созданных за годы советской власти. Их количество в течение Отечественной войны увеличилось: санитарно-эпидемиологических станций на 88 %, санитарно-гигиенических лабораторий — на 10,2, дезинфекционных учреждений — на 7, малярийных станций — на 16, малярийных врачебных пунктов — на 17,4 %<sup>1</sup>.

По данным санитарной статистики, большинство заражений инфекционными болезнями происходило в местах массового скопления и передвижения населения, особенно на транспортных узлах. Именно здесь профилактика заболеваний имела первостепенное значение. За годы войны на железных дорогах СССР число санпропускников возросло на 24 %, дезокамер — на 82 % (обработку прошли 35 млн. чел.), а на 275 крупных станциях были организова-

ны санитарно-контрольные пункты, работники которых только за 1943—1945 гг. осмотрели 15 млн. вагонов, почти двум млн. чел. оказали квалифицированную медицинскую помощь и изолировали 15 тыс. пассажиров<sup>2</sup>.

Учитывая особое (пограничное) положение дальневосточного региона и вероятность проникновения острозаразных болезней из сопредельных территорий, в рамках координации работы всех заинтересованных ведомств и учреждений принимались жесткие меры по санитарной охране государственной границы, противоэпидемиологической защите населения.

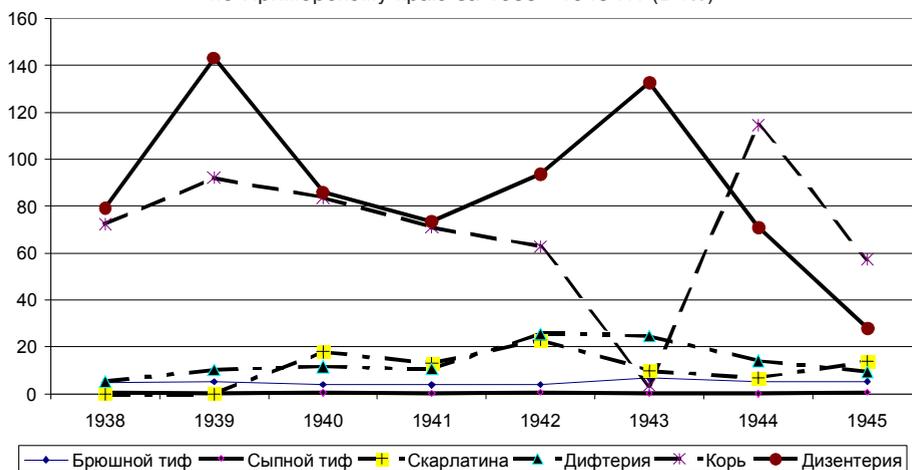
Санитарно-эпидемиологическую работу осуществляли как специальные дезинфекционные учреждения, так и вся медицинская служба Дальнего Востока. К концу войны в регионе функционировали 26 санитарно-эпидемиологических станций с санбаклабораториями и дезинфекционными службами, самостоятельные дезопункты, дезоотряды и дезинспекторы, работавшие под руководством и контролем врачей; действовали санитарно-контрольные станции, подчиняющиеся непосредственно Наркомату здравоохранения, смотровые пункты морского ведомства и Тихоокеанского флота.

Для госпитализации инфекционных больных при медицинских учреждениях открывались инфекционные отделения, постоянные койки, численность которых к концу войны возросла приблизительно: в Хабаровском крае в 1,3 раза (с 690 до 917), в Приморском — в 2 раза (с 320 до 631), одновременно имелся резерв, за счет которого в случае необходимости разворачивались дополнительные временные инфекционные койки<sup>3</sup>.

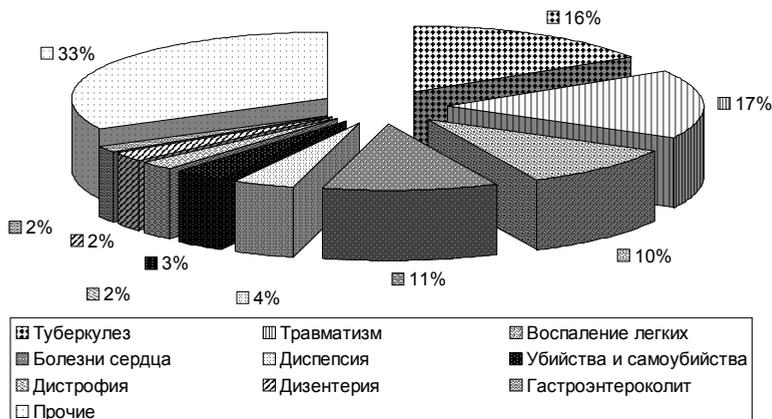
В больницах, амбулаториях, сельских участках вводились должности дезинфекторов и санитарных врачей, в большинстве случаев занятых по совместительству. Ежегодно 15—20 выпускников фельдшерских школ, часть врачей и медсестер краевых лечебных учреждений и эвакогоспиталей после переподготовки направлялись на работу в государственную санитарную инспекцию.

На Дальнем Востоке положение с кадрами в этом плане можно признать более или менее благополучным. В Хабаровском крае, по состоянию на 1943 г., имелись 78 государственных инспекторов и 92 помощника, 30 эпидемиологов. На 1 декабря 1944 г. во всех санитарных эпидемиологических учреждениях числилось 221,5 штатных врачебных единиц, из них было занято 176, которые в своей деятельности опирались на добровольцев. Актив санитарных уполномо-

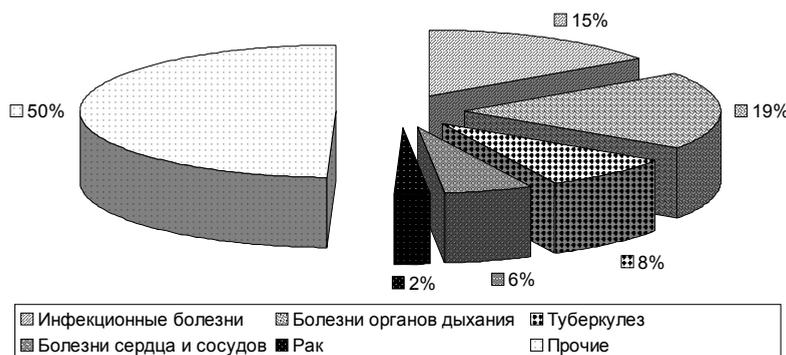
Вероятная динамика инфекционной заболеваемости по Приморскому краю за 1938—1945 гг. (в ‰)



**Распределение смертных случаев по заболеваниям среди городского населения Приморского края в 1945 г. (в %)**



**Распределение смертных случаев по заболеваниям среди населения Приморского края в 1940 г. (в %)**



ченных Хабаровского края насчитывал в 1940 г. 340 чел., в 1941 г. — 799, в 1942 г. — 5 389, в 1943 г. — 8 590 чел., т. е. возрос в 25 раз<sup>4</sup>.

В Приморье на постоянной основе работали государственными инспекторами в 1941 г. 25 врачей и 11 фельдшеров, в 1945 г. их стало соответственно 38 и 19 чел. Штат не только пополнился, но и качественно изменился: если в начале войны 40 % помощников не имели среднего медицинского образования, то к концу ее этот показатель упал до 10 %, а 60 % всего состава врачей прошли курсы усовершенствования в центральных институтах страны<sup>5</sup>.

В противозидемической работе значительную, а иногда и решающую роль играли массовые прививки. Медицинская наука СССР внесла большой вклад в решение проблемы сохранения здоровья населения. В разработке новых лекарственных средств и вакцин участвовали 213 научно-исследовательских институтов, 70 научных лабораторий, 72 медицинских вуза. За годы войны было освоено производство 23 новых бактериальных препаратов. В их числе вакцина, действующая против группы желудочно-кишечных заболеваний — холеры, брюшного тифа, паратифа, дизентерии; сыпнотифозная вакцина; вакцины против туляремии; столбнячные анатоксины; сульфаниламидные препараты и др.<sup>6</sup>

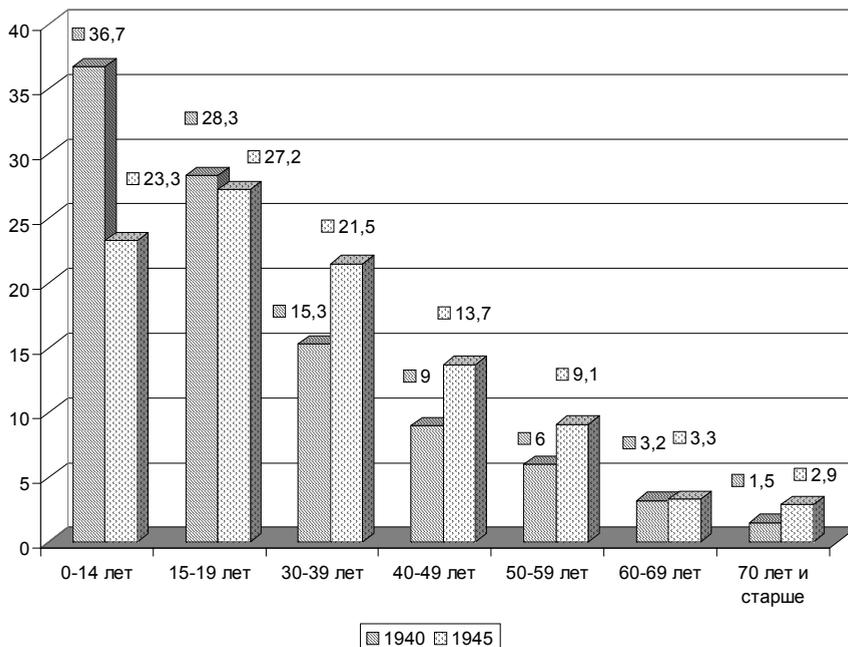
Материал для проведения прививок вырабатывался специальными институтами, в частности Дальневосточным институтом эпидемиологии и микро-

биологии с вакцинным, сывороточным, оспенным, анаэробным, корьевым, пастеровским и другими отделениями. Он был почти полностью укомплектован кадрами, однако систематически не выполнял планы по выпуску бактериологических препаратов, что объяснялось отсутствием в достаточном количестве лабораторного оборудования, исходного биологического материала (конского поголовья). Институт исключили из списка важнейших объектов, из-за перебоев в тепло- электроснабжении пропали результаты сложных биологических процессов, требующих постоянных температурных, атмосферных условий, режима питания культур.

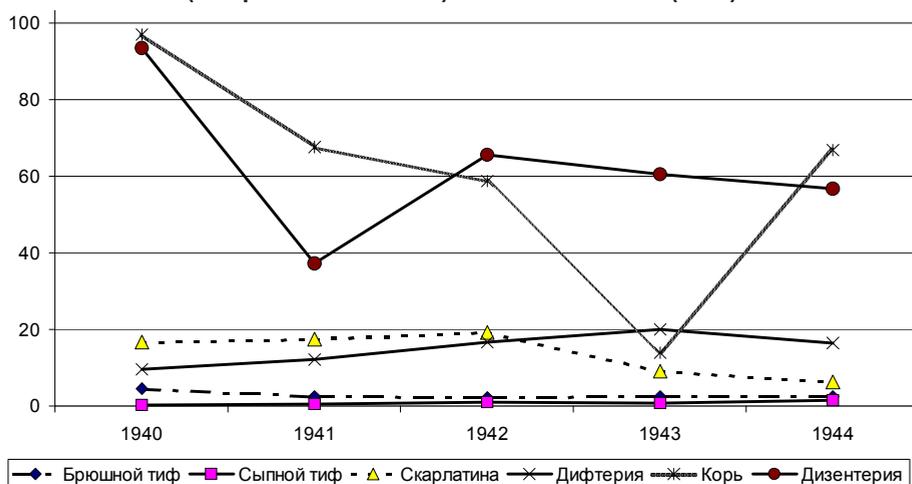
Статистические данные свидетельствуют, что в годы войны эпидемическая обстановка на Дальнем Востоке оставалась более или менее стабильной при некотором улучшении по отдельным показателям. Группа простудных заболеваний занимала одно из первых мест как по частоте, так и по длительности потери трудоспособности во всех отраслях производства. Например, по данным центральной поликлиники г. Хабаровска в 1945 г. зафиксировано 6,4 тыс. случаев заболеваний гриппом (выдано 704 листка нетрудоспособности на 2,8 тыс. дней), 768 случаев заболеваний ангиной (529 листов на 3,6 тыс. дней), 96 случаев воспаления легких (38 больничных на 921 день)<sup>7</sup>. Это обуславливалось природно-климатическими особенностями дальневосточного региона с его резкой сменой температур, повышенной влажностью, перепадами давления и частыми ветрами. Можно сказать, что грипп являлся эпидемическим заболеванием Дальнего Востока.

Среди обследованных предприятий самыми высокими оказались итоговые показатели длительности пребывания на листке нетрудоспособности по туберкулезу. Безусловно, данное заболевание требовало более эффективных методов лечения. Однако этот вид инфекции, непосредственно связанный с социальными условиями и уровнем жизни населения, если не дал значительного ее роста в годы войны, то и не уменьшился. Например, на Дальзаводе

**Вероятная динамика смертности в Приморском крае от туберкулеза за 1940, 1945 гг. (в ‰)**



**Вероятная динамика инфекционной заболеваемости по Хабаровскому краю (без районов Колымы) за 1940–1944 гг. (в %)**



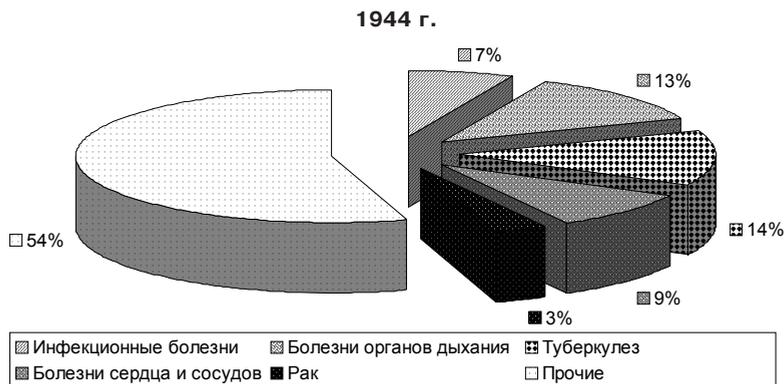
число случаев заболеваемости туберкулезом при учете всех видов заболеваний возросло с 2,6 % в 1941 г. до 10 % в 1944 г. К концу 1945 г. в Приморском крае на учете состояли 10 836 больных (8 220 в городах и 2 016 в сельской местности), из них 1 284 чел. — в активной форме, а в четырех городах Хабаровского края (Хабаровск, Комсомольск-на-Амуре, Биробиджан, Николаевск) — было 12 865 больных, в том числе 3 121 чел. заболевший туберкулезом в активной форме. Для сравнения, в 1943 г. в г. Хабаровске было учтено 7 722 туберкулезных больных, в том числе 3 915 чел. являлись распространителями инфекций<sup>8</sup>.

Приведенные данные учитывают лишь обратившихся за помощью и не отражают действительности. Созданная специализированная противотуберкулезная сеть региона (например, в Приморском крае имелись больницы на 320 коек, 2 диспансера на 60 диагностических коек, 2 ночных санатория на 65 коек, детский санаторий на 50 коек, госпиталь на 100 коек для инвалидов войны, 12 пунктов для приема заболевших) не обеспечивала потребностей. Очередь на госпитализацию больных растягивалась на месяцы, так как запланированные объемы приема не выполнялись.

Больные не получали своевременной медицинской помощи и по месту жительства. Туберкулезные пункты на периферии в ряде случаев ограничивались лишь констатацией факта и не оказывали активного влияния на течение болезни. Упущенные сроки, запущенные формы болезни не способствовали восстановлению здоровья. Например, в 1945 г. в туберкулезной больнице на ст. Седанке Приморского края находились на излечении 806 больных, из них были выписаны с диагнозом «улучшение состояния» 479 чел., «без перемен» — 166, «с ухудшением» — 45 и умерли 119 чел.<sup>9</sup>

Смертность от туберкулеза резко возросла, составляя по удельному весу ко всей смертности Приморского края: в 1940 г. 8,2 %, в 1944 г. — 13,6 %, в 1945 г. — 14,1 %. Особенно увеличилась она в возрастных группах самого трудоспособного населения — от 30 до 39 лет в 1,4 раза, от 40 до 49 лет и от 50 до 59 лет — в 1,5 раза. От туберкулеза умерли, при пересчете на 10 тыс. чел., в эти же годы соответственно 9,6 ‰: 12,6 ‰: 11,6 ‰<sup>10</sup>.

Желудочно-кишечные заболевания стали распространенным явлением среди всех социальных слоев населения, занимая второе место после простуд-



ных. На основных оборонных предприятиях Хабаровского края с численностью более 30 тыс. рабочих, в первом полугодии 1943 г. при расчете на 100 работавших зафиксировано 3,8 случая нетрудоспособности по острым желудочно-кишечным заболеваниям. Только центральная поликлиника г. Хабаровска в 1945 г. выдала 998 бюллетеней на 4 991 день, больше чем при заболевании гриппом<sup>11</sup>.

Дальневосточный край всегда характеризовался высокой заболеваемостью дизентерией. Данное положение объяснялось наличием среди населения большого процента хронических больных, распространявших инфекцию и дававших из года в год обострение. Лечебно-профилактическая работа по санитарной очистке территорий, соблюдению правил личной гигиены имела положительные результаты, но была явно недостаточна. При среднереспубликанских 26 ‰ в Приморском крае эти показатели равнялись за 1938—1940 гг. 102,7 ‰, за 1941—1945 гг. — 79,6 ‰, причем самые высокие цифры фиксировались в 1939 г. — 143,2 ‰ и в 1943 г. — 132,7 ‰. В Хабаровском крае (без районов Колымы) дизентерия составляла 49,8 ‰. Комсомольск-на-Амуре и Хабаровск отличались самой высокой заболеваемостью: соответственно в 1944 г. — 141,2 и 68,4 ‰, в 1945 г. — 63,7 и 39,5 ‰.

К концу войны на Дальнем Востоке заболевших токсической диспепсией стало в 3—4 раза меньше, чем в 1940—1941 гг. (в 1942 г. 37,2 ‰, в 1943 г. — 18,2 ‰, в 1944 г. — 10,8 ‰). Гастроэнтерит также давал цифры уменьшения. Например, среди детей до двух лет Хабаровского края он составлял в 1942 г. 107,8 ‰, в 1943 г. — 150,7, в 1944 г. — 88,8 ‰, а в Приморье при пересчете на 10 тыс. чел. в эти же годы — 227 ‰, 170 ‰, 103 ‰.

Бесконечные межрегиональные и внутрикраевые миграционные потоки семей военнослужащих, переселенцев и прикомандированных, несвоевременность, низкое качество вакцинации (по инструкции Наркомздрава на каждый зафиксированный случай заболевания проводилось 1,5—2 прививки) давали на Дальнем Востоке высокую корьевую заболеваемость. Резкие перепады заболеваний корью в годы войны были вызваны особенностями распространения данной инфекции и широким применением профилактических мер. Самые высокие показатели в предвоенные годы в Хабаровском крае отмечались в 1940 г. (96,7 ‰), в Приморском — в 1939 г. (92,6 ‰) и после резкого падения в 1943 г. повсеместно возросли, особенно в Приморье — до 114,6 ‰.

Показатели по дифтерии также были довольно высоки. После двукратно-го подъема в 1942—1943 гг. они постепенно стали снижаться и достигли в Приморском крае более низких цифр (9,5 ‰ в 1945 г. против 11,7 ‰ в 1940 г.), а в Хабаровском — при иммунизации за 1945 г. 47 тыс. чел., или

65,2 % плана и ревакцинации 41 тыс. чел. или 21,4 %, в 1,7 раза превысили исходные данные (16,2 ‰ на 9,6 ‰).

Подобная ситуация прослеживается и по скарлатине, которая в 1942 г. резко увеличилась в регионе, а на следующий год пошла на снижение — более чем в 2 раза. Сохраняя данную тенденцию, она достигла самых минимальных показателей за весь исследуемый период в Хабаровском крае, однако в Приморье в 1945 г. было зафиксировано при расчете на 10 тыс. чел. опять более чем двукратное увеличение заболевания.

Положение с брюшным и сыпным тифом в течение ряда лет оставалось стабильным. Профилактические мероприятия, перевыполнение плана по иммунизации (например, в Хабаровском крае за 1945 г. проведено 330 тыс. прививок против тифозаразных болезней) имели неплохие результаты. Источниками инфекции, несмотря на широкое распространение педикулеза среди населения Дальнего Востока (для примера, только по некоторым жилотделам Комсомольска-на-Амуре в начале 1943 г. зараженность составляла 80—87 %), были приезжие из-за пределов региона. Заболеваемость представлялась единичными случаями, которые лишь в некоторых местах разразились эпидемическими вспышками (в некоторых районах Приморского края, Камчатской и Амурской областей). Они возникли как результат неточной диагностики с упущенными сроками проведения профилактических мер, но быстро локализовались и не получали распространения.

Заболевание малярией прежде всего из-за уменьшения численности мигрантов из неблагополучных районов СССР резко пошло на убыль. В Хабаровском крае, при пересчете на 10 тыс. чел., оно фиксировалось в 1942 г. — 14,1 ‰, в 1943 г. — 9,8, в 1944 г. — 7,5 ‰. В 1940 г. в угольной промышленности Приморья было зафиксировано 3 159 случаев заболевания малярией, в 1941 г. — 2 059, в 1942 г. — 1 669, то в 1943 г. — всего 339 случаев. Разработка заболеваний по основным предприятиям также отражает данную тенденцию: среднегодовая длительность пребывания на листке нетрудоспособности стала возрастать в конце войны, превышая показатели первого военного года, явно увязываясь с большими объемами перемещения населения<sup>12</sup>.

Исходя из статистических показателей, такие болезни, как брюшной тиф, дифтерия, скарлатина, дизентерия, являлись в основном болезнями городского населения. Заболеваемость гастроэнтероколитом, корью, токсической диспепсией снижалась в сельской местности и увеличивалась в городской. В целом можно говорить о локализации инфекционных болезней главным образом в городах, где фиксировалось до 70 % зарегистрированных инфекционных заболеваний.

Многочисленные и разнохарактерные предприятия дальневосточного региона в большинстве своем функционировали в помещениях, возведенных в разные периоды, без единого генерального плана, по мере возникновения потребностей в расширении производства, не отвечали даже скорректированным требованиям государственного стандарта.

Увеличение числа рабочих, удлинение трудового дня, уплотненное размещение оборудования на малых площадях с низкими потолками без эффективных вентиляции, естественного и искусственного освещения, лимитное снабжение спецодеждой, продуктами питания, низкая их калорийность приводили к дополнительным физическим и психологическим перегрузкам, вызывали заболевания профессионального характера. К ним относились сердечно-сосудистые и легочные заболевания, интоксикации всех видов, фурункулез, ревматизм. Ежегодно дальневосточные предприятия, ссылаясь на военное время, осваивали всего 12—30 % сумм, запланированных на оздоровительные цели.

Особое место в общей заболеваемости занимала интоксикация. На заводе боеприпасов кожный покров работающих приобретал специфический желтоватый, а волосы имели бронзовый оттенок. По материалам техники безопасности на плавильном заводе комбината Сихали, свинцовые интоксикации среди рабочих составили в 1943 г. 17,9 % общей заболеваемости по частоте и 20,3 % — по длительности, а в 1945 г. — 28,1 % по частоте и 39,2 % по длительности, причем женщины получали свинцовые отравления реже, чем мужчины<sup>13</sup>. Фактически все предприятия дальневосточного региона имели цеха с вредными условиями производства, которые оказывали пагубное влияние на организм человека, однако, не располагая соответствующими данными, очень трудно провести более детальный анализ.

Во всех отраслях промышленности удельный вес травматизма был велик. Например, в угольной промышленности Приморского края он занимал по частоте от 18,8 % до 34,3 % и по длительности от 21,9 до 39 % всех учитываемых заболеваний. В сравнении с показателями по угольной промышленности Кузбасса, в 1943 г. травматизм в тресте Артемуголь был выше почти вдвое, а на руднике Тавричанка — втрое. По другим отраслям травматизм составлял по частоте от 5,8 до 20,7 % и по длительности от 4,4 до 22,9 % (значительно ниже, чем в угольной промышленности).

Средняя длительность потери трудоспособности свидетельствует, что преобладали травмы легкой и средней степени тяжести (несчастные случаи с длительным пребыванием на больничном листе или со смертельным исходом были редки). На предприятиях с процессами металлообработки преобладали поражения кистей рук, глаз, в угольной промышленности — кистей рук, затем стоп и в меньшей степени — головы. Все они были связаны с несовершенством технологических процессов, несоблюдением техники безопасности, отсутствием индивидуальных средств защиты: очков, рукавиц, фартуков, шлемов, касок. Спецодежда изготавливалась из некачественных материалов и не выдерживала сроков носки, да и выдавалась крайне нерегулярно (обеспеченность ею составляла 30—40 %).

Совершенно очевидно, что условия производства в отраслях промышленности резко различаются, но значительную часть травм следует отнести за счет несоблюдения техники безопасности. Сравнивая помесячные показатели, специалисты установили некоторую последовательность в амплитуде: обычно второй и четвертый квартал давали рост, а первый и третий — снижение, что было связано с сезонной усталостью (работа на индивидуальном огороде, производственные перегрузки).

Судя по относительным показателям, в годы войны численность заболевших ревматизмом оставалась приблизительно на одном и том же уровне. По группе кожно-гнойничковых заболеваний число больных фурункулезом возросло в 2—3 раза по отношению к началу войны. Самые высокие цифры давали в Хабаровском крае Дальдизель и Комсомольский судоремонтный завод, в Приморском — Дальзавод.

Средняя длительность пребывания на больничном листе сильно варьируется не только по отдельным заболеваниям, но и предприятиям. В 1945 г. среди рабочих предприятий, вошедших в разработку, при расчете на 100 чел. были зафиксированы самые высокие показатели на Комсомольском судоремонтном заводе (93,7 случаев заболеваний — 913,4 дня нетрудоспособности), Заводе самолетостроения (52,5 случаев заболеваний — 567,3 дня). Предприятия Комсомольска-на-Амуре всегда давали высокую заболеваемость из-за природно-климатических условий северных районов, вредных для здоровья технологических процессов и особенностей формирования трудовых коллективов, куда входили бывшие осужденные и ссыльнопоселенцы.

Анализируя среднюю длительность пребывания на листке нетрудоспособности, необходимо отметить сравнительно низкие показатели за весь исследуемый период. Это объяснялось, с одной стороны, тем, что в это время на производство пришло много молодых и сравнительно здоровых людей, не успевших приобрести профессиональные заболевания, несовершенством отчетности (истинная картина скрывалась за относительными показателями, не выходящими за рамки допустимых норм, не все случаи зафиксированных заболеваний сопровождалось предоставлением листка нетрудоспособности и освобождением от работы на время лечения), с другой — качеством медицинского обслуживания.

Для полноты картины, безусловно, необходимо сравнить показатели заболеваний на Дальнем Востоке с общероссийскими или общеотраслевыми, но без соответствующей базы это осуществить пока невозможно. По официальным данным, средняя заболеваемость по предприятиям не выходила за рамки допустимых норм (800 дней в год на 100 рабочих) и соответствовала общесоюзным показателям. С 1943 г. происходило снижение количества дней нетрудоспособности, приходящихся на один случай. Например, в 1944—1945 гг. на одно фиксированное заболевание в среднем приходилось в Нижне-Амурской области 7,4 дня, Амурской — 5,6, Еврейской автономной области — 3,8 дня, в Комсомольске-на-Амуре — 7 дней. Это на 12—15 % меньше по отношению к 1943 г.

В то же время начальник Приморской краевой государственной санитарной инспекции С. Рудник отмечал, что в годы войны заболеваемость горняков объединения Приморскуголь превышала заболеваемость горняков Кузбасса почти вдвое и даже с учетом меньшего количества предприятий, вошедших в разработку, показатели заболеваемости в угольной промышленности Приморья были значительно выше<sup>14</sup>.

О здоровье и благополучии в стране судят по уровню рождаемости и смертности. Родовспомогательные учреждения региона в силу их общего недостатка и особенностей дислокации, при отсутствии транспорта и специалистов не могли вовремя оказать квалифицированную помощь всем нуждавшимся. По далеко не полным сведениям, в 2 женских консультациях Хабаровска и Биробиджана и 5 акушерско-гинекологических кабинетах Комсомольска-на-Амуре в 1943 г. на учет находились 10096 беременных женщин, в том числе вставшие на учет при ранних сроках беременности (до 3 месяцев) 33,8 % женщин, а при поздних (после 7 месяцев) — 35,2 %. Родами закончились 3 533 случая и остались под наблюдением 3620 беременных. Из общего числа родивших воспользовались правом находиться в оплачиваемом отпуске по беременности и родам всего 74,4 % женщин. В то же время произошло 2 975 случаев искусственного прерывания беременности (на один случай искусственного прерывания беременности приходилось 1,2 рождения), из них по медицинским показаниям только 468 случаев, или 15,7 %, а все остальные — вне лечебного учреждения<sup>15</sup>.

Здесь, безусловно, сказываются особенности семейно-брачных отношений военного времени. Однако при почти всеобщей занятости женщин трудоспособного возраста (на эти годы приходится и детородный возраст женщин) на производстве, умноженной на уровень материального благосостояния, увеличилась доля населения с низким уровнем рекреационных возможностей. Несмотря на рост сети детских дошкольных учреждений, их было недостаточно. В 1944 г. в Приморском крае было обеспечено местами в постоянных городских яслях 15,3 % и сельских — 12,1 % детей, а сезонных — 62 % детей (для сравнения в 1940 г. соответственно 7,1 %: 4 %: 23 %). Даже если учесть, что в расчетах допущена ошибка и показатели представляют большую величину, а

в данном случае заинтересованные лица были склонны к преувеличениям, то и тогда процент охвата детского населения социальной помощью будет низок.

Справедливости ради необходимо подчеркнуть, что в годы войны под медицинским наблюдением находилось большее число женщин, чем в предвоенные годы. Например, в Приморском крае в 1940 г. помощь при родах получали всего 67,4 % будущих матерей, на в 1945 г. — 84,6 %. Если судить по основным показателям, принимая во внимание отсутствие точного учета состояния больных после выписки из стационаров, то материнская смертность в регионе находилась на уровне республиканской.

Существующая региональная сеть детских лечебно-профилактических учреждений была не в состоянии проводить систематическое наблюдение за подрастающим поколением. Согласно постановлению Совнаркома от 27 октября 1942 г. за № 1739, каждый город и район должны были иметь педиатров, которые бы курировали всю работу по снижению заболеваемости и смертности среди детей. Помощь дальневосточникам до 15 лет оказывалась специализированными детскими консультациями и поликлиниками, кабинетами при общих лечебных учреждениях по участковому принципу. Прием вели в лучшем случае врачи терапевты (в 1945 г. 112 городских участков обслуживали всего 45 педиатров), и лишь краевые и областные центры располагали квалифицированными детскими специалистами. Врачебная помощь по месту жительства оказывалась в исключительных случаях.

В годы войны дети были самой социально незащищенной частью населения, страдая от голода, переутомления, психических перегрузок и болезней. Сведения о состоянии их здоровья крайне противоречивы. В отчете Хабаровского краевого отдела здравоохранения за 1945 г. подчеркивается, что за годы Великой Отечественной войны число ослабленных детей в городах возросло с 20 до 30 %, а в сельской местности с 15 до 20 %<sup>16</sup>.

Из общего количества проанализированных историй родов г. Владивостока за 1941—1945 г. можно сделать вывод, что рост и вес новорожденных в эти годы, особенно у первородящих, остались без изменения. В среднем новорожденные с весом до 2,5 кг составили 9,6 %; с 2,5 до 3 кг — 18,54; с 3 до 3,5 кг — 36,95; с 3,5 до 4 кг — 27,3 % всех родившихся за эти годы, что свидетельствует об относительном благополучии. Однако обращает на себя внимание высокий процент детей, рожденных с минимальным ростом (до 49 см), составлявший в 1940 г. 26,44 % всех новорожденных, в 1945 г. — 26,8 %<sup>17</sup>.

Выборочная проверка состояния здоровья подростков, занятых на промышленных предприятиях 15 областей России в 1944 г., выявила наличие большой заболеваемости и отставание в физическом развитии. Так, в Москве больные подростки составили 28,4 % от общего числа прошедших медосмотр, в Ленинграде — 29,3 %, в Горьком — 33,1 %, в Иваново — 40,9 %. На одном из заводов Горького отставали в росте на один-два года 50,6 %, в весе — 61,6 % юношей<sup>18</sup>.

В годы войны сократилась абсолютная и относительная детская смертность. Коэффициент детской смертности в Приморском крае составил в 1939 г. 15,9 ‰; в 1941 г. — 14,4; в 1942 г. — 21,2; в 1943 г. — 13,5; в 1944 г. — 9,1; в 1945 г. — 5 ‰, т. е. за период войны сократился в 3 раза. Сокращение произошло прежде всего за счет уменьшения смертности детей до года при возросшей смертности детей 3—9 лет, но не из-за инфекционных болезней, а за счет туберкулеза и заболеваний органов дыхания. Наблюдалось много случаев патологического течения беременности, смертности недоношенных детей, которая составляла 25,9 % (по республике 15 %)<sup>19</sup>.

Статистические данные по Приморскому краю позволяют составить некоторое представление о причинах смертности населения. К концу войны возросла доля смертных случаев от рака (с 2,2 до 3,4 %), сердца и сосудов (с 5,7 до 9,3 %). Высокий процент смертных случаев давал травматизм, по крайней мере, среди городского населения.

Смертность от туберкулеза резко возросла, составляя по удельному весу ко всей смертности Приморского края, в 1940 г. 8,2 %, в 1944 г. — 13,6 %, в 1945 г. — 14,1 %. Особенно увеличилась смертность в возрастных группах самого трудоспособного населения — от 30 до 39 лет в 1,4 раза, от 40 до 49 лет и от 50 до 59 лет — в 1,5. От туберкулеза умирали, при пересчете на 10 тыс. чел., в эти же годы соответственно 9,6 ‰: 12,6 ‰: 11,6 ‰<sup>20</sup>.

Значительно сократилась смертность от эпидемических заболеваний. Если в 1940 г. по Приморью она составляла 13,5 %, то в 1944—1945 гг. 5,5 % всех смертных случаев. С 1939 по 1945 г. сократилась смертность от кори в 4 раза, и ее удельный вес равнялся в 1945 г. 1,5 %; от коклюша — в 3 раза с удельным весом в 2,1 % и от дифтерии — в 6,3 раза, до 1,5 % зарегистрированных смертельных случаев от инфекционных заболеваний<sup>21</sup>.

Очевидно в некоторой степени такое положение было характерно и для других районов Дальнего Востока. Например, за годы войны в Амурской области смертность от инфекций составила 14 % общей смертности, от воспаления легких и бронхиальной пневмонии — 17 %, туберкулеза — 12 %. Из группы инфекционных заболеваний давали высокую смертность токсическая диспепсия — 42 %, дифтерия — 15, брюшной тиф — 11, дизентерия 7 % случаев, а сравнительно низкие цифры скарлатина — 2,5 % и корь — 1,5 % зарегистрированных смертей от данного заболевания<sup>22</sup>.

Производственные и психологические перегрузки вызвали увеличение смертности населения трудоспособного возраста. Так, если в 1939 г. смертность в возрасте 20—29 лет составляла 9 %, в возрасте 30—39 лет — 4,9 %, 40—49 лет — 3,3 % по отношению к общей смертности, то за 1941—1945 гг. по этим возрастным категориям соответственно 10,8 %: 8,4 %: 5,9 %. Смертность мужчин равнялась 59,1 % против 57,9 % в 1940 г. и была на порядок выше во всех возрастных группах до 75 лет. За этот период средний коэффициент смертности сельского населения составлял 13,7 ‰, городского — 18,3 ‰. В течение ряда лет средняя продолжительность жизни в Приморье стояла на низком уровне, представляя величину порядка 46 лет (для мужчин — 45 и для женщин — 49 лет)<sup>23</sup>.

Распространенное мнение о значительном увеличении смертности в годы Отечественной войны не находит документального подтверждения. Можно предположить, что коэффициент смертности на Дальнем Востоке, оставаясь высоким, не превысил показателей других регионов и, возможно, был ниже, чем в среднем по стране. Это можно объяснить несколькими факторами: во-первых, население дальневосточного региона было сравнительно молодое (41 % жителей имели возраст от 20 до 34 лет, в то время как в среднем по СССР только 26,1 %), которое даже при росте в годы войны, давало меньше смертных случаев, чем в других возрастных группах, исключая детскую смертность; во-вторых, регион, испытывая определенные трудности в снабжении населения продовольственными и промышленными товарами, особенно в первые годы войны, сравнительно регулярно снабжался по социальным нормам и мог воспользоваться помощью воинских контингентов; в-третьих, природно-климатические условия региона позволяли иметь дополнительные источники продовольственного самообеспечения; в четвертых, успехи в здравоохранении по-

могли стабилизировать ситуацию с инфекционными заболеваниями и не допустить возникновения эпидемий.

Сеть здравоохранения Дальнего Востока была представлена по территориально-производственному принципу и распределена между учреждениями и организациями наркоматов здравоохранения, социального обеспечения, просвещения и отраслевыми наркоматами. Уровень медицинской помощи населению зависел от наличия соответствующих служб и определялся статусом населенного пункта. Краевые, областные центры располагали, как правило, большими возможностями для медицинского контроля за здоровьем различных групп. Удовлетворение потребностей в поддержании и восстановлении здоровья были дифференцированы по различным общественным группам.

В годы Великой Отечественной войны система здравоохранения дальневосточного региона улучшила свою работу, но она не отвечала уровню и требованиям, предъявляемым к данному виду социального обеспечения. Недостаточная материально-ресурсная база, несовершенство способов организации и контроля медицинского обслуживания ограничивали возможности медицинских служб. Однако меры по охране здоровья приносили как социальный, так и экономический эффект: смертность сократилась, уменьшились потери рабочего времени, возросла творческая активность дальневосточников.

<sup>1</sup> Алексеев В.В., Исупов В.А. Население Сибири в годы Великой Отечественной войны. Новосибирск, 1986. С.133—134.

<sup>2</sup> Там же. С.135.

<sup>3</sup> ГАХК. Ф.683. Оп.2. Д.238. Л.2; Д.254. Л.3; ГАПК. Ф.268. Оп.4. Д.1. Л.53.

<sup>4</sup> Там же. Д.254. Л.3; Д.238. Л.2.

<sup>5</sup> ГАПК. Ф.268. Оп.5. Д.6. Л.23; Оп.4. Д.1. Л.233.

<sup>6</sup> Алексеев В.В., Исупов В.А. Население Сибири ... С.128, 130.

<sup>7</sup> ГАХК. Ф.683. Оп.2. Д.272. Л.23.

<sup>8</sup> ГАПК. Ф.П-84. Оп.1. Д.59. Л.85; ГАХК. Ф.683. Оп.2. Д.272. Л.28; Ф.П-331. Оп.1. Д.41. Л.12.

<sup>9</sup> Там же. Л.86.

<sup>10</sup> ГАПК. Ф.268. Оп.4. Д.1. Л.249.

<sup>11</sup> ГАХК. Ф.683. Оп.2. Д.272. Л.23; Д.238. Л.47, 48; П-35. Оп.2. Д.689. Л.61.

<sup>12</sup> ГАПК. Ф.268. Оп.4. Д.2. Л.173; Оп.5. Д.6. Л.20; ГАХК. Ф.683. Оп.2. Д.154. Л.2.

<sup>13</sup> Там же. Д.1. Л.201, 218.

<sup>14</sup> ГАХК. Ф.683. Оп.2. Д.272. Л.23, 24, 56.

<sup>15</sup> Там же. Д.238. Л.64—66 об. (Подсчит. автор.).

<sup>16</sup> Там же. Д.272. Л.60 об.

<sup>17</sup> ГАПК. Ф.268. Оп.4. Д.1. Л.140—141.

<sup>18</sup> Зубкова Е.Ю. Послевоенное советское общество: политика и повседневность. 1945—1953. М., 1999. С.26, 27.

<sup>19</sup> ГАПК. Ф.131. Оп.1. Д.126. Л.9; Ф.268. Оп.6. Д.32. Л.9.

<sup>20</sup> ГАПК. Ф.268. Оп.4. Д.1. Л.249.

<sup>21</sup> ГАПК. Ф.131. Оп.1. Д.126. Л.9.

<sup>22</sup> ГАХК. Ф.683. Оп.2. Д.272. Л.24.

<sup>23</sup> ГАПК. Ф.268. Оп.4. Д.1. Л.47; Ф.131. Оп.1. Д.126. Л.7 (Подсчит. авт.).

**SUMMARY.** The author of the article «Far Eastern Health Services in 1941—1945» Candidate of Historical Sciences Galina Tkachova has made much research work to see the system of Far Eastern medical services and the influence of war time on the health of residents of the Far East. Measures for protection of health, the author describes in the article, gave the results: during war period the death rate was low, losses of work time decreased, creative activity of the population increased.

The author supported her arguments with diagrams, numerous facts and figures.